THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1908 — THÈSE — N° 327

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 15 Juillet 1908, à 1 heure

PAR

M. ANGER

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU TRAITEMENT de la TUBERCULOSE ORCHI-ÉPIDIDYMAIRE

Président : M. SEGOND, *professeur*

Juges { MM. DELENS, *agrégé*
GOSSET, *agrégé*
LECÈNE, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

LANE MEDICAL LIBRARY
SAN FRANCISCO

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
Henri JOUVE, Éditeur
15, Rue Racine, 15

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	QUENU
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Gilbert BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU BERGER RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RICHEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (Fer.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef des travaux anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BENJAMIN ANGER

Chirurgien honoraire des Hôpitaux
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

A MA TANTE

MADAME BRUNEAU

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARION

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

Chirurgien de la Salpêtrière
Professeur de Clinique chirurgicale
Officier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Les nombreux cas de tuberculose épididymo-testiculaire que nous avons été à même d'observer dans le service de notre maître M. le Dr Marion, nous ont conduit à faire porter le sujet de notre thèse sur le traitement de cette affection si commune. Peu de points de la thérapeutique chirurgicale ont été plus discutés ; aujourd'hui encore, si l'on s'accorde généralement sur un certain nombre d'indications, d'autres restent en litige. Nous n'avons pas la prétention de mettre en avant un nouveau mode de traitement, notre but sera d'exposer les différentes méthodes actuellement employées et d'en préciser les indications.

Nous diviserons le sujet de la façon suivante : Tout d'abord nous dirons quelques mots d'historique, et nous nous étendrons sur l'état actuel de la question tel qu'il résulte de discussions récentes. Puis, après quelques notions générales d'étiologie et de pathogénie, nous indiquerons notre ligne de conduite dans les trois formes cliniques suivantes :

Tuberculose cliniquement localisée à l'épididyme.

Tuberculose orchi-épididymaire proprement dite.

Tuberculose orchi-épididymaire aiguë.

Mais avant d'entrer dans l'étude de notre sujet, nous devons adresser nos remerciements les plus vifs à M. le Dr Marion pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli dans son service et a mis à notre disposition les documents nécessaires.

M. le professeur Segond nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; qu'il soit assuré de notre profonde et respectueuse gratitude.

HISTORIQUE

L'historique de la question du traitement de la tuberculose orchi-épididymaire ayant été faite dans de nombreux ouvrages, nous ne nous appesantirons pas sur ce point, nous réservant d'y venir plus longuement quand les circonstances l'exigeront au cours des chapitres suivants.

Contentons-nous donc ici d'en rappeler brièvement les principales phases.

Avant le XIX^e^ siècle, toutes les affections chroniques du testicule étaient englobées pêle-mêle sous la dénomination du sarcocèle ; et comme on ne savait pas faire la démarcation entre les tumeurs malignes et les affections d'autre nature, on les traitait comme des cancers, par la castration.

Il nous suffira de dire que la mortalité était de 25 o/o pour juger la valeur de cette méthode à une époque où l'asepsie était inconnue.

En 1805, Bayle rend à la tuberculose la part qui lui est due dans ces affections ; les recherches anatomo-pathologiques de Laënnec confirment cette manière de voir.

Ces données, jointes à la constatation des funestes

résultats au point de vue mental, de la suppression des testicules, contribuent à faire rejeter la castration pour tuberculose. La loi de Louis, promulguée peu après tend au même résultat ; on sait en effet que d'après cette loi, toute tuberculose locale, s'accompagnerait de tuberculose pulmonaire, ce qui réduirait à néant le bénéfice des interventions locales.

On se contente alors du traitement général, de l'application de topiques et de la cautérisation des abcès ouverts spontanément ; les plus audacieux incisent les abcès. Seul Bérard en 1843, Malgaigne en 1851 proposent l'énucléation ou l'excision des tubercules à l'état de crudité.

Les choses restent en l'état jusqu'en 1871, époque à laquelle Verneuil préconise la cautérisation ignée. Puis, grâce à la découverte de l'antisepsie, qui donne à l'opération une innocuité presque absolue, la castration jouit pendant quelque temps d'une nouvelle faveur, à laquelle mettent fin encore une fois la constatation des troubles inhérents à la suppression de la glande, et la mise en pratique des opérations partielles.

ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION

Dans ces dernières années, la question a été traitée dans de nombreux ouvrages, et a fait l'objet d'une discussion en 1899 à la Société de Chirurgie. Voici quels en sont les points principaux.

Sur un premier point, tout le monde est d'accord. C'est qu'il ne faut recourir à la suppression totale des deux testicules qu'en désespoir de cause, après l'échec de tous les autres modes de traitement et lorsque l'existence même du malade sera en jeu.

Les troubles inhérents à la castration double sont en effet connus depuis longtemps. On constate, dit Dupuytren dans ses cliniques « le suicide de beaucoup d'amputés du testicule, d'autres meurent de chagrin », et de fait l'hypocondrie avec tendance au suicide est un des troubles mentaux les plus fréquents chez les castrés. En 1871, Verneuil, en défendant sa méthode de la cautérisation ignée contre la castration, parle de la nécessité de conserver au malade ce qu'il appelle « un testicule moral ».

A quoi sont dus les troubles observés? En premier lieu à la constatation faite par le malade de l'absence de ses testicules. L'influence de ce fait est

indéniable, si bien que certains chirurgiens ont été conduits à y remédier par la prothèse au moyen d'injections de paraffine, ou à l'inclusion de pièces métalliques dans le scrotum.

La perte des fonctions génitales, l'impuissance sexuelle est un facteur encore plus important des troubles mentaux chez le castré.

Enfin, depuis les travaux de Brown-Séquard sur la sécrétion interne des glandes, on considère le testicule comme possédant une fonction indépendante de la sécrétion spermatique, fonction agissant sur le bon équilibre de l'organisme.

Quelle est au juste cette fonction ? C'est un point encore bien obscur, mais elle semble indéniable, cependant, et nous ne saurions mieux faire pour la défendre que de citer les arguments employés par M. Delbet à la Société de Chirurgie, dans le but de combattre la castration. Ces arguments sont les suivants :

Toute glande à sécrétion externe privée de ses voies d'excrétion s'atrophie, le testicule au contraire, privé de son canal excréteur, ne présente aucune espèce d'atrophie, conserve son volume et sa structure normale.

M. Delbet cite encore à l'appui de son dire ce fait, déjà consigné dans son article « Mamelle » du *Traité Duplay-Reclus,* qu'on a constaté la perte des attributs de la virilité, et particulièrement la gynécomastie à la suite d'affections supprimant fonctionnellement la

glande testiculaire, telles que l'orchite ourlienne ou syphilitique.

Au contraire, la blennorragie, la tuberculose, qui s'attaquent spécialement à l'épididyme, n'ont jamais donné lieu à cette anomalie.

Enfin, et c'est là le fait le plus important, les sujets privés des voies d'excrétion des deux testicules, n'ont pas perdu pour cela leurs facultés génitales ; ils sont inféconds mais restent puissants, que la solution de continuité du canal excréteur soit d'ordre pathologique, ainsi que cela se produit dans la tuberculose ou la blennorragie, ou qu'elle soit d'ordre traumatique ou opératoire, ainsi qu'il arrive dans l'épididymectomie double, par exemple.

La notion de la sécrétion interne étant bien établie est-il possible de faire la démarcation entre les troubles dus à sa suppression, et ceux qui sont simplement dus à l'effet moral produit par la perte des glandes ? Cela paraît bien difficile, beaucoup étant dus à l'une et l'autre cause, et du reste cela importe peu au point de vue pratique.

Mais il est un point sur lequel il nous faut insister, c'est qu'il suffit d'un seul testicule ou même d'une partie minime d'un seul testicule restant pour que la fonction interne continue à s'exercer.

C'est sur cette notion bien connue que s'appuient quelques chirurgiens au nombre desquels se trouvent MM. Berger et Reynier, pour préconiser la castration précoce dans le cas de lésions unilatérales.

La question de la castration dans les affections tuberculeuses des testicules, dit M. Berger, peut se

présenter « dans les tuberculisations n'affectant qu'un des deux testicules, le plus souvent à une période assez rapprochée du début et lorsqu'on peut considérer la lésion de l'organe mâle comme la seule manifestation tuberculeuse existant sur le sujet qui la porte. En pareil cas, la castration se présente comme une mesure radicale destinée à supprimer un foyer isolé de tuberculose ; c'est une indication curative que l'on cherche à remplir. »

Aussi les partisans de la castration précoce pratiquent-ils cette opération dans les cas mêmes où l'épididyme semble seul atteint, s'appuyant sur ce fait connu que le testicule est souvent envahi alors même qu'il paraît indemne. Ils espèrent ainsi, en s'y prenant tout à fait au début, supprimer radicalement tout le foyer de tuberculose, et par conséquent empêcher son extension à d'autres organes, et notamment à l'autre testicule. Ils s'appuient pour défendre leur méthode sur ce fait qu'après la castration, dans les cas où il y avait des lésions de la prostate et des vésicules, on voit ces lésions régresser. Enfin, leur dernier argument est tiré de l'inutilité qu'il y a à conserver un testicule perdu pour la spermatogénèse, cette fonction ainsi que celle de sécrétion interne, devant être largement remplie par l'autre testicule qu'ils espèrent conserver sain. De fait, M. Berger n'a jamais vu le testicule du côté opposé envahi chez les sujets auxquels il a fait la castration précoce ; mais si l'autre côté se prenait à son tour, il serait

toujours temps, d'après lui, d'instituer le traitement conservateur.

Voyons maintenant quels sont les arguments des partisans, beaucoup plus nombreux, des méthodes conservatrices.

La castration unilatérale précoce, disent-ils, pourrait se justifier, si elle arrêtait à coup sûr l'extension des lésions tuberculeuses, si elle pouvait par suite immuniser le côté opposé. Mais il est loin d'en être ainsi. Si large et si complète que soit en effet l'opération, on ne peut se flatter de supprimer toutes les lésions tuberculeuses qui sont souvent secondaires à des lésions de même nature, ganglionnaires ou viscérables, encore méconnues. « Dans la plupart des cas, dit M. Sieur, les malades ont des lésions de même nature dans d'autres organes, ce qui ôte à la castration toute valeur curative et prophylactique ». Nous savons aussi qu'on admet généralement que c'est par la prostate et les vésicules séminales que débute le plus souvent la tuberculose génitale.

Enfin, si beaux que soient les cas apportés par M. Berger, il est permis de supposer qu'il est tombé sur une série particulièrement heureuse, car nombreux sont les cas où la castration précoce n'a pas empêché le testicule du côté opposé d'être envahi.

Il faut d'ailleurs remarquer que les plus chauds partisans de l'intervention radicale, préconisent le traitement conservateur si le côté opposé vient à se prendre. Pourquoi dès lors attendre ce moment pour mettre ce traitement en pratique, avec beau-

coup moins de chances de succès, puisqu'il ne reste plus qu'un seul testicule.

Mais la méthode que nous venons de décrire n'est pas seulement périlleuse, elle est encore inutile, car ses meilleurs résultats ne sont pas supérieurs à ceux obtenus par des procédés moins radicaux. Les récidives dans ce dernier cas ne sont pas plus fréquentes, et l'influence sur l'état général est aussi bonne.

Enfin les opérations localisées à l'épididyme ont la même action que la castration sur la régression des lésions prostato-vésiculaires, et M. Delbet dit à ce sujet qu'il n'a jamais vu un seul de ses opérés revenir le trouver pour un abcès de la prostate et des vésicules séminales. La rapidité de certaines améliorations post-opératoires l'a même conduit à se demander si les symptômes considérés comme caractéristiques de la tuberculose prostato-vésiculaire, n'étaient pas dus simplement dans certains cas à des phénomènes congestifs. Mais dans les cas où les lésions tuberculeuses de ces organes sont indéniables, il suppose que les produits virulents des tubercules de l'épididyme viennent constamment inonder les voies spermatiques supérieures, et la suppression de ces décharges bacillaires, par ablation de l'épididyme, en amène la guérison.

Quoi qu'il en soit, ces améliorations se produisent après l'épididymectomie seule, et ne peuvent servir à légitimer la castration.

Voici donc un premier point qui semble élucidé.

Il est un autre sur lequel l'accord semble à peu

près fait également et dont les conclusions sont diamétralement opposées ; c'est la question de la tuberculose aiguë du testicule. Dans cette forme le plus souvent bien localisée, du moins au début, on est généralement d'avis de recourir à la castration, et même à la castration précoce, pour conjurer son extension rapide et les dangers de généralisation qu'elle peut présenter, d'autant plus que le testicule, en cas de non intervention, s'éliminerait le plus souvent par fonte purulente.

Mais si d'une façon générale on s'accorde à rejeter la castration dans les lésions commençantes de la tuberculose chronique, si d'autre part elle apparaît comme un mal nécessaire dans la tuberculose aiguë et dans certains cas désespérés, il y a des cas moyens où le testicule est pris d'une façon notable, et pour lesquels nombre d'auteurs préconisent la castration. Nous verrons plus loin, quelle sera notre manière de faire dans ces sortes de cas.

Avant de terminer ce chapitre, il nous faut rappeler en quelques mots les diverses méthodes de traitement employées généralement. Ces méthodes sont les suivantes :

1° Le traitement général, qui devra toujours être institué et pourra suffire à lui seul à guérir certains cas ;

2° La méthode sclérogène périnodulaire, inaugurée par M. Lannelongue. « Son but, dit-il, est la transformation fibreuse des tissus tuberculeux, des fongosités ; cette transformation a une influence

décisive sur la guérison, en mettant un terme aux processus destructeurs. Ce moyen n'est ni un spécifique, ni un irritant simple ; il est l'imitation la plus rapprochée de ce que fait l'organisme dans la lutte contre le bacille ; »

3° La ponction suivie d'injections modificatrices, indiquée dans les cas de suppurations n'ayant pas de tendance à s'ouvrir ;

4° La cautérisation ignée, mise en honneur par Verneuil, par crainte de la généralisation des lésions dans les interventions sanglantes. C'est le mode de désinfection le plus puissant que nous ayons à notre disposition ; aussi nous verrons que, sans en faire comme Verneuil une base de traitement, nous ne manquerons jamais de l'employer comme complément de l'ouverture des abcès ;

5° L'ouverture des abcès, tout à fait insuffisante à elle seule dans le cas de suppurations bacillaires ; elle ne devra être que le premier temps d'opérations plus complexes ;

6° Le curetage, qui réalise l'ablation des tissus caséeux.

7° L'épididymectomie ; cette opération, de date encore récente, puisqu'elle fut pratiquée pour la première fois en 1880 par Bardenthauer, sera l'intervention de choix dans les lésions localisées à l'épididyme;

8° Enfin, la castration.

CONSIDÉRATIONS

ÉTIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES

La tuberculose orchi-épididymaire est le type des tuberculoses locales. Si dans nombre de cas, elle survient chez des tuberculeux avérés, les cas sont nombreux aussi où les sujets qui en sont atteints sont en parfaite santé générale et ne présenteront jamais d'autre lésion tuberculeuse, au moins cliniquement appréciable.

Les recherches de M. Reclus, faite au double point de vue, clinique et anatomo-pathologique, ont en effet conduit aux conclusions suivantes.

En s'en tenant aux données de la clinique, dans la moitié des cas observés, les poumons étaient indemnes.

Les résultats tirés des autopsies sont un peu différents et dans un tiers seulement des cas, on a constaté l'intégrité pulmonaire ; même conclusion dans la statistique de Villard qui montre le testicule envahi indépendamment du poumon dans 30 o/o des autopsies.

Nous voyons par là ce qu'avaient de trop absolu

la loi de Louis, et les conclusions de Dufour qui prétendait que tôt ou tard la tuberculose du testicule devait se généraliser aux autres organes.

Dans nombre de cas, en effet, on voit la tuberculose génitale se développer sur place, parcourant toutes ses phases sans s'étendre à d'autres appareils, et présentant souvent une tendance à la guérison spontanée par suite de la réaction de défense des tissus. C'est-à-dire que là plus qu'ailleurs, le traitement chirurgical trouvera ses indications et donnera le plus souvent des résultats excellents.

Mais avant d'aborder la question du traitement lui-même, il n'est pas sans intérêt de fixer quelques points d'étiologie et de pathogénie, dont la notion servira à justifier les méthodes que nous proposons.

« Il ne suffit pas, dit M. Reclus, que le bacille arrive au contact des tissus ; les tissus quand ils sont sains se défendent contre l'invasion et certaines circonstances sont nécessaires qui affaiblissent leur résistance pour faire « son lit à la tuberculose ».

C'est dire que toutes les causes d'affaiblissement général ou local peuvent lui donner lieu. Il serait banal d'insister sur les premières. Quant aux secondes, elles tiennent en partie à la situation spéciale du testicule, exposé à toutes sortes de violences et de chocs, et aux nombreuses causes d'affaiblissement et d'excitation dues à sa fonction spéciale. Aussi le testicule est-il un lien de prédilection pour la tuberculose locale, qui l'attaque surtout pendant le temps de l'activité sexuelle.

Quant à la cause efficiente, au bacille, elle peut avoir pour origine une tuberculose en voie d'évolution, ce qui arrive notamment chez les phtisiques, mais quand aucune autre tuberculose n'est constatée, il faut admettre que le bacille vient d'un foyer latent, ou bien qu'il a pénétré dans l'organisme par les voies digestives ou respiratoires sans avoir déterminé de lésions sur son passage. On comprend que dans ce dernier cas, la lésion, véritablement localisée, se présentera au traitement chirurgical avec les meilleures chances de succès.

On a beaucoup discuté pour savoir quelles étaient les voies d'apport du bacille. Laissant de côté les faits indéniables où, chez l'enfant, l'infection se transmet du péritoine à la vaginale à la faveur de la persistance du canal péritonéo-vaginal, rejetant d'autre part la théorie de l'infection ascendante par l'urètre, nous admettons que, chez l'adulte, l'infection peut aboutir au testicule par les deux voies suivantes : la voie épithéliale descendante et la voie sanguine.

Il semble indéniable que le testicule puisse être envahi par la propagation des lésions tuberculeuses du rein et de la vessie, le bacille selon l'expression de Cayla « suivant le cours de l'urine et remontant celui du sperme », et encore dans la cystite bacillaire, peut-on supposer que des lésions prostatiques latentes ont été les premières en date. Mais dans la majorité des cas, c'est la voie sanguine que prend l'infection, soit qu'elle arrive directement au testi-

cule lui-même, soit que, ainsi qu'on l'admet généralement, elle envahisse d'abord la prostate et secondairement le testicule par le canal déférent ; c'est ce qui explique que l'épididyme soit toujours atteint en premier lieu. On conçoit l'importance de cette notion au point de vue thérapeutique, puisqu'une intervention hâtive permettra de trouver les lésions localisées à l'épididyme et d'en faire l'ablation sans qu'on soit obligé de s'attaquer à la glande séminale elle-même.

TUBERCULOSE DE L'ÉPIDIDYME

Etude clinique

C'est toujours par l'épididyme que débutent les lésions bacillaires dans la glande génitale de l'adulte. Les statistiques de M. Reclus sont concluantes à cet égard, puisque dans les nombreux cas cités, une seule fois les lésions étaient limitées au testicule, et c'est d'ailleurs ce qui résulte de la théorie par laquelle l'infection viendrait de la prostate et des vésicules séminales.

Mais si l'épididyme est le premier envahi, il s'en faut que l'infection y reste toujours cantonnée, et le plus souvent le testicule est pris avec lui. La statistique suivante empruntée à M. Reclus permet de nous en rendre compte :

Sur soixante-huit autopsies :

Epididyme et testicules envahis simultanément		48 fois
Epididyme seul	»	20 fois

Ainsi dans les deux tiers des cas environ, le testicule et l'épididyme sont pris simultanément. Si l'on s'en rapporte maintenant aux données de la clini-

que, la proportion se trouve renversée, et c'est seulement dans un tiers des cas que le testicule semblera atteint. A quoi tient cette différence de résultats ? Au fait suivant : tandis que du côté de l'épididyme la bacillose se présente dès le début sous forme de masses caséeuses faciles à percevoir, dans le testicule, ce sont des granulations n'altérant pas la souplesse de l'organe ; s'il existe des masses caséeuses, elles occupent généralement le corps d'Highmore, accolées à l'épididyme dont il est impossible de les différencier. Peu nous importe d'ailleurs au point de vue pratique, l'impossibilité de faire cette distinction. Nous verrons tout à l'heure qu'elle n'influera pas sur nos indications opératoires.

Au point de vue clinique, l'affection peut se présenter sous deux aspects bien différents. Dans un premier ordre de fait, qui correspond à la période de crudité des tubercules, on sent au niveau de l'épididyme une tuméfaction constituée par un ou plusieurs noyaux, durs, plus ou moins douloureux à la pression et pouvant occuper indifféremment tous les points de l'épididyme. D'autres fois, l'épididyme est pris en masse, doublé, triplé de volume, coiffant en cimier de casque le testicule qui a conservé sa souplesse et son volume normaux.

Les troubles fonctionnels, nuls le plus souvent, sont des symptômes connexes attirant l'attention du côté de la vessie et de la prostate, et consistant en envies fréquentes d'uriner, léger degré de ténesme vésical, hématuries légères, écoulements séro-purulents

par l'urèthre. Ces symptômes, décrits par M. Guyon, et dont notre observation nº IV donne un exemple, semble indiquer la participation précoce de la prostate à l'infection bacillaire. En effet, dès ce moment, le toucher rectal permet assez souvent de constater la présence de noyaux dans la prostate et les vésicules.

Mais pendant tout ce temps les tissus sus-jacents au testicule n'ont présenté aucune altération, la peau de coloration normale est mobile sur le testicule, et seul, un léger degré d'hydrocèle indique parfois la réaction de la vaginale.

Lorsqu'au contraire les lésions doivent aboutir à la suppuration, on peut noter la présence de phénomènes douloureux et de symptômes locaux caractéristiques. En un point du scrotum, le plus souvent en arrière, c'est-à-dire en regard de l'épididyme, on voit les enveloppes du testitule perdre leur mobilité normale par suite de leur adhérence avec la glande ; puis la peau se rougit, la fluctuation apparaît, un abcès pointe et finalement s'ouvre à l'extérieur éliminant des matières caséeuses. Une fistule en est la conséquence, qui suinte pendant un temps variable et semble, dans certains cas, intarissable, ne se fermant momentanément que pour se rouvrir par la suite. Dans les cas heureux, elle finit par se fermer définitivement, ne laissant derrière elle qu'une cicatrice adhérente ou mobile et reliée à l'épididyme par un cordon fibreux.

Mais un point doit retenir notre attention, c'est

que bien souvent, malgré la multiplicité des fistules et la persistance de la suppuration, les lésions peuvent rester localisées à l'épididyme, ou n'en franchir pas notablement les limites. Plusieurs de nos observations font mention de cas semblables, notamment l'observation n° VI où après plus d'un an de suppurations multiples, on put au cours de l'épididymectomie constater l'intégrité du testicule.

Aussi, à part quelques différences de détail, c'est la même méthode de traitement que nous appliquerons aux formes cliniques que nous venons de décrire, que les lésions soient suppurées ou non.

Indications thérapeutiques

Un principe dominera notre conduite dans la tuberculose de l'épididyme, c'est qu'il n'y a pas de raison pour ne pas être extrêmement radical dans les opérations limitées à cet organe. L'épididyme, formé par l'enroulement d'un tube unique est fonctionnellement supprimé pour l'excrétion du sperme, toutes les fois qu'une lésion tuberculeuse, si petite soit-elle, l'a touché, et sa suppression opératoire ne lui ôtera rien de plus, qu'elle soit pratiquée d'un seul côté ou qu'elle le soit des deux côtés à la fois quand les lésions sont bilatérales.

C'est dire que si nous rejetons la castration précoce pour des raisons sur lesquelles nous nous sommes suffisamment étendu, nous ne croyons pas

qu'il faille s'en tenir au seul traitement général ainsi que certains auteurs le conseillent quand les lésions ne sont pas suppurées.

Dans nombre de cas, ce traitement suffit à faire régresser les lésions, c'est vrai, mais il ne faut pas perdre de vue les cas nombreux aussi, où le processus bacillaire s'étend, alors qu'une opération bénigne et simple aurait pu suffire à l'enrayer.

Mais quel procédé employer pour arriver à la destruction de l'épididyme ? Diverses opérations tendent à ce résultat.

Certains auteurs préconisent la destruction de l'épididyme par la cautérisation ignée.

M. Quénu pratique une opération qu'il désigne de la dénomination de curettage réglé, et qui est décrite tout au long dans la thèse de son élève Chevrolle.

Cette opération consiste en l'énucléation à la curette des masses caséeuses. Après cautérisation au chlorure de zinc, on tente ensuite la réunion par première intention au moyen de fils profonds. Sinon on panse à plat à la gaze iodoformée. M. Quénu préfère cette opération à l'épididymectomie qui, dit-il « nécessite plus de délabrements, ouvre des voies sanguines nombreuses à l'infection bacillaire, ne tient pas compte du processus d'enkystement qui a commencé à se produire. »

Nous croyons que la crainte de généralisation par l'ouverture des voies sanguines est un peu exagérée ; d'autre part, nous avons montré qu'il est inutile d'être économe dans les interventions sur l'épi-

didyme, et que par conséquent on pourra sans inconvénient dépasser les limites de la zone d'enkystement.

Aussi, sans méconnaître les services que peut rendre le procédé de M. Quénu, nous le réserverons à certains cas suppurés, pour tenir compte des adhérences protectrices, mais dans la majorité des cas, et surtout quand il s'agit de lésions commençantes, c'est à l'épididymectomie que nous aurons recours.

Nous ne saurions mieux faire, pour décrire la technique de cette opération, que de reproduire ce qui est écrit à ce sujet dans la *Technique Chirurgicale* de M. Marion :

« 1° *Incision.* — L'incision sera pratiquée sur la face antérieure du scrotum, longue de 4 à 5 centimètres ; elle intéresse successivement toutes les enveloppes des bourses, y compris la vaginale, jusqu'à ce que le testicule soit découvert.

« Pour opérer plus facilement cette section, il sera utile de faire saillir la masse testiculo-épididymaire en saisissant la racine des bourses à pleine main.

« 2° *Dissection de l'épididyme.* — C'est par la queue de l'épididyme que l'on commence la séparation du testicule ; il suffira d'inciser la vaginale en dedans et en dehors pour que l'on puisse décoller l'épididyme ; un peu plus haut on sectionnera le repli qui relie la partie moyenne de cet organe au bord postéro-supérieur du testicule.

« En avant on sectionnera les canaux efférents,

mais en les attaquant par leur partie externe, et il faudra bien faire attention de ne pas sectionner à la partie interne l'artère spermatique qui aborde le testicule à ce niveau ; on se contentera donc à la partie interne de la tête d'inciser légèrement la vaginale afin de pouvoir, les canaux efférents étant sectionnés, attirer en haut l'épididyme et le séparer par simple décollement du paquet vasculaire.

« 3° *Ablation de l'épididyme.* — A ce moment, l'épididyme ne tient plus que par du tissu cellulaire, quelques vaisseaux, et le canal déférent. Une ligature sera placée sur le tout et un coup de ciseaux donné au-dessous libérera complètement l'épididyme.

« 4° *Hémostase.* — L'hémostase sera réalisée par la ligature des veines qui donneront du sang et la suture au catgut de la tunique albuginée du testicule ouverte sur le bord supérieur.

« 5° *Drainage.* — *Fermeture de la plaie.* — Un petit drain sera laissé au contact du testicule, et la plaie scrotale sera suturée aux crins de Florence dans toute son étendue, sauf à la partie inférieure par où sortira le drain. Celui-ci sera retiré au bout de quarante-huit heures. »

Cette technique est suffisante quand l'épididyme seul est envahi. On pourra même dans certains cas, si les lésions sont localisées bien nettement à un point isolé de l'épididyme, se contenter de faire la résection de cette partie malade. Une de nos obser-

vations fait mention de cette épididymectomie partielle.

Si au contraire, après l'ablation de l'épididyme, le corps d'Highmore paraît suspect, il faudra en pratiquer l'excision. On aura pu auparavant se rendre compte de la réalité et de l'extension des lésions, par l'incision exploratrice du testicule pratiquée en ce point. La petite plaie ainsi produite sera fermée par la suture de l'albuginée.

Il sera également indiqué, si le canal déférent est suspect, et même dans tous les cas, de faire la résection d'une partie de ce conduit ; il suffira, et rien n'est plus facile, de fendre la fibreuse commune, et de tirer sur le canal déférent pour le dégager des autres éléments du cordon et aller le lier et le sectionner le plus haut possible, près de l'orifice inguinal externe.

On pourrait même, si les lésions paraissaient plus étendues, ouvrir le canal inguinal comme pour une cure radicale de hernie et par l'ouverture ainsi pratiquée, extirper la plus grande partie du canal déférent.

On a été plus loin et certains chirurgiens tels que Villeneuve, Uhlmann, Roux, puis Baudet et Kendirdjy, ont pratiqué l'ablation totale des voies génitales.

Nous ne décrirons pas en détail cette opération ; contentons-nous de dire qu'elle se fait en deux temps : après avoir fait dans un premier temps l'ablation de la portion iliaque du canal déférent par

la voie inguinale, on va par la voie périnéale à la recherche de la vésicule qui est extirpée avec la portion pelvienne du canal.

Nous mentionnons ici cette opération comme complément de l'épididymectomie : inutile de dire qu'elle pourra aussi bien succéder à la castration, dans les cas où celle-ci aura été jugée nécessaire.

Mais l'opération de l'épididymectomie telle que nous l'avons décrite toute à l'heure est une opération typique qui ne saurait sans modifications être employée dans tous les cas, quand les progrès de la suppuration auront déterminé des adhérences et des rapports anormaux.

C'est ainsi que, lorsque l'épididyme sera adhérent à la face postérieure du scrotum, que des abcès s'y seront fait jour, c'est à ce niveau qu'il faudra alors aborder l'organe.

S'il est nécessaire, la peau altérée sera circonscrite par deux incisions et réséquée, les fistules extirpées, les clapiers détruits au thermo-cautère, toutes ces opérations ayant pour but d'éviter la dissémination de l'infection au cours de l'épididymectomie consécutive.

Dans la même crainte d'infecter des tissus sains, et pour profiter des adhérences protectrices, on devra même dans certains cas, renoncer à l'épididymectomie proprement dite, et c'est alors que le curetage de l'épididyme sera particulièrement indiqué.

TUBERCULOSE ORCHI-ÉPIDIDYMAIRE PROPREMENT DITE

Nous avons en vue dans ce chapitre les cas où le testicule est envahi avec l'épididyme, non pas ceux où les lésions sont si minimes qu'elles échappent à l'examen clinique, mais ceux où les lésions bacillaires occupent le testicule sinon en totalité, du moins dans une grande partie de son étendue. Ici les opérations partielles sont illusoires et forcément incomplètes par suite de la dissémination des lésions. Force nous est donc de choisir entre deux méthodes, l'ablation totale du testicule ou les méthodes conservatrices.

Nous nous sommes suffisamment étendu au début de ce travail sur les inconvénients de la castration pour ne pas être obligé d'insister à nouveau sur ce point. Disons seulement qu'à moins d'être dégénéré en totalité, un testicule atteint de lésions tuberculeuses conserve toujours quelques parties de tissu sain, capables à elles seules de remplir leur rôle de

sécrétion interne, et qu'on ne devra pas le sacrifier de parti pris, à moins que des indications spéciales, que nous étudierons tout à l'heure, ne viennent nous y contraindre.

Examinons donc d'abord le cas où un sujet robuste sans lésions pulmonaires, ou avec lésions peu avancées, n'altérant pas l'état général, présente des noyaux bacillaires dans son testicule.

C'est aux méthodes conservatrices que nous aurons recours alors. Nous savons en effet que souvent les lésions tuberculeuses bien localisées ont tendance à l'enkystement et à la régression spontanés, et le traitement général viendra aider l'organisme dans son travail de défense.

Aussi, quand les lésions seront à l'état de crudité, ou qu'on ne constatera pas de signes de ramollissement nets, c'est à ce seul traitement général que nous aurons recours, nous bornant au point de vue local à soutenir le testicule au moyen d'un suspensoir, et à le protéger contre le traumatisme.

A un degré plus avancé, si des symptômes nets permettent de reconnaître une collection purulente, la peau restant intacte néanmoins, il faudra aller évacuer ce pus au moyen d'une ponction à laquelle fera suite l'injection d'une petite quantité d'un liquide modificateur ; tel que l'éther iodoformé, le naphtol camphré, l'huile créosotée.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur le manuel opératoire de cette légère intervention. Contentons-nous de rappeler que l'aiguille devra être enfoncée

en dehors des limites de l'abcès de façon à aborder celui-ci par ses parties latérales après avoir traversé une certaine étendue de tissu sain. On évitera ainsi la tuberculisation du trajet et la formation d'une fistule consécutive. On peut recommencer sans inconvénient, une ou plusieurs fois la ponction, si du pus se reproduit.

Autre cas : la douleur, la rougeur de la peau indiquent une inflammation locale, l'abcès pointe et menace de s'ouvrir ; ou bien déjà il s'est fait jour, évacuant au dehors un pus grumeleux ; nous sommes en présence d'une tuberculose ouverte exposée à toutes les infections secondaires, quelle conduite tenir alors ?

La première indication sera d'ouvrir l'abcès aussi largement que possible, après quoi on abrasera à la curette tous les tissus caséeux qu'on trouvera, ne s'arrêtant qu'au contact du tissu sain ; puis le thermocautère détruira tous les fragments malades que la curette aurait pu laisser ; enfin la plaie largement étalée sera pansée à plat à la gaze iodoformée, comme une fistule à l'anus. Consécutivement des attouchements au chlorure de zinc, à la teinture d'iode, activeront la cicatrisation.

Telles sont les méthodes conservatrices qu'on pourra opposer à la tuberculose du testicule et qui donneront dans nombre de cas des guérisons définitives. Voyons maintenant quelles circonstances pourront nous forcer à abandonner ces méthodes pour nous résoudre à la castration.

Ce sera d'abord l'échec répété des méthodes précédentes. Si l'on voit malgré les curetages et les cautérisations, les lésions se reproduire, si l'on voit se former de nouveaux abcès, de nouvelles fistules perforant le scrotum en tous sens, on sera amené à faire le sacrifice du testicule qui seul mettra un terme à ces suppurations prolongées. Le souci de conserver le testicule est ici illusoire, et ce sont ces cas où l'on peut se demander avec Deville « de quel attrait peut être pour le malade, ou pour tout autre, un scrotum entouré de cataplasmes ».

Il ne faut pas non plus perdre de vue la fâcheuse répercussion que peuvent avoir sur l'état général ces suppurations prolongées, et la constatation de symptômes de dénutrition tels que l'amaigrissement devra faire encore hâter l'opération radicale.

A plus forte raison la castration sera-t-elle indiquée dans ces cas chez des sujets porteurs de lésions pulmonaires avancées qui ne sauraient sans dépérir encore faire les frais d'une suppuration et chez qui du reste les lésions locales auraient peu de tendance à se réparer. En outre la castration, en leur évitant les ennuis d'un traitement long, pénible et le plus souvent inutile, sera pour eux une opération de soulagement.

Nous devons faire entrer aussi en ligne de compte des considérations tirées de l'état social du sujet. Si c'est un homme obligé de travailler pour vivre, incapable dès lors de se plier aux exigences d'un traitement général rigoureux, on pourra dans certains

cas être amené à pratiquer la castration pour lui éviter les longueurs d'un traitement toujours un peu aléatoire, et lui permettre de reprendre son métier.

FORME AIGUE DE LA TUBERCULOSE ORCHI-ÉPIDIDYMAIRE

Ici nous abordons l'étude d'une forme s'écartant profondément au point de vue de ses symptômes et de sa marche de la forme commune ; il s'agit de cette forme aiguë qui fut isolée pour la première fois par M. Duplay en 1860, bien qu'une observation de Dufour en 1854 en ait déjà décrit les principaux symptômes.

Ce qui caractérise cette forme, c'est l'intensité des symptômes de début. En peu de jours le testicule devient le siège d'une douleur extrêmement vive, en même temps qu'une tuméfaction apparaît : la palpation montre que cette tuméfaction est régulière, non bosselée et qu'elle est formée surtout au dépens de l'épididyme, le testicule, du moins au début s'en différenciant nettement. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et les deux organes également atteints ne forment alors qu'une seule et même masse au milieu de laquelle la palpation la plus attentive ne peut délimiter la part qui revient à l'un et à l'autre. La tuméfaction peut devenir

extrêmement considérable ; on l'a vu atteindre et dépasser le volume du poing.

Un certain degré d'hydrocèle, la rougeur et l'œdème du scrotum indiquent la participation de la séreuse et de la peau à l'inflammation ; il y a élevation de la température locale ; du côté des symptômes généraux, on a observé de la fièvre, parfois du délire.

Mais un point est à noter, c'est que, à l'encontre de ce que l'on observe dans la forme chronique, on trouve saines du moins au début, la prostate et les vésicules séminales.

Après quelques jours pendant lesquels les symptômes de début ont toute leur acuité, on entre dans une période de rémission, les douleurs s'atténuent, les signes généraux disparaissent, et l'affection ne se différencierait plus en rien de la forme commune, n'était la rapidité avec laquelle les lésions bacillaires parcourent alors leurs diverses périodes. Après un temps très court, variant de quelques jours à quelques semaines, on voit la suppuration apparaître ; rapidement le pus se fait jour à la peau, donnant lieu à des fistules interminables par lesquelles la substance testiculaire dégénérée finit par s'éliminer ; l'état général du malade ressent vite les atteintes de cette suppuration ; en même temps, la constatation des lésions prostatiques et vésiculaires montre que l'infection d'abord localisée tend à sortir de ses limites primitives.

Dans ces cas encore, il serait illusoire de pour-

suivre un traitement conservateur : les progrès des lésions aboutiraient d'ailleurs tôt ou tard, par la fonte purulente du testicule au même résultat que la castration, avec en plus les risques inhérents à toute suppusation prolongée, et à la propagation des lésions tuberculeuses. Une observation que nous reproduisons plus loin, nous montre cette destruction des testicules, dans un cas traité par les procédés conservateurs. De plus, il semble qu'au début du moins, l'infection soit bien localisée à la glande génitale, d'où la possibilité d'une intervention réellement radicale supprimant tout le foyer infectieux, et empêchant par suite sa propagation à d'autres organes. Aussi, c'est à la castration et même à la castration précoce que nous aurons recours dans ces cas.

Nous ne saurions entrer ici dans les détails de cette opération. Contentons-nous de dire qu'il faut enlever en bloc, le testicule et la vaginale, celle-ci étant fréquemment le siège de granulations, et sectionner le canal déférent aussi loin que possible.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Dr Marion.)

Epididymectomie

S. M... trente deux ans, papetier à Asnières.

Vu en juin 1903 pour une tuméfaction du testicule droit, dit le malade, en réalité, siégeant à la tête de l'épididyme. Ce-

lui-ci, du reste, est gros au niveau de son corps et de sa queue, mais sans présenter de noyaux à proprement parler. La tuméfaction a débuté il y a trois mois sans vives douleurs, elle a augmenté progressivement. Le canal déférent présente un noyau dans sa portion scrotale ; le cordon est un peu épaissi. Noyau dans la prostate du côté droit. Rien d'apparent au testicule.

Le malade a eu il y a huit ans, une pleurésie droite.

Opération le 1er juillet chez le malade. Résection de l'épididyme suivant le mode de faire ordinaire.

Suites très simples.

Le malade n'a pas été revu, mais son médecin a donné de ses nouvelles à M. Marion et dit qu'en apparence il se porte bien et ne s'est jamais plaint de quoique ce soit.

OBSERVATION II

(Même source.)

Epididymectomie partielle

G. P..., vingt-deux ans, étudiant en médecine.

Me consulte en février 1905 pour une grosseur qu'il a remarquée au niveau de la partie moyenne de l'épididyme du côté gauche. Il l'a remarquée depuis un mois environ, et à cette époque elle avait déjà la grosseur d'une noisette. A ce moment elle a la grosseur d'une noix ; elle est ferme, légèrement sensible, bien limitée.

Aucune autre lésion ni à l'épididyme, ni au testicule, rien dans le cordon, la prostate ou les vésicules séminales.

En raison de la consistance, j'élimine le kyste de l'épididyme et pense immédiatement à une gomme bacillaire.

Je montre le jeune étudiant à mon maître M. Tillaux qui lui aussi pense à de la tuberculose et conseille l'opération.

Celle-ci est pratiquée à la maison de santé des frères Saint-Jean-de-Dieu au mois de mars. Anesthésie à la cocaïne. Incision verticale antérieure. Mise à nu du noyau et résection partielle de l'épididyme.

Suites très simples.

Le noyau confié à M. Pillet chef de laboratoire de M. Tillaux a été reconnu comme étant une gomme tuberculeuse jeune en pleine évolution.

Le jeune homme a terminé depuis peu ses études médicales, il exerce aux environs de Paris et n'a plus jamais présenté de lésions du côté des bourses et de l'épididyme.

Marié ; sa femme est morte d'une rupture de grossesse tubaire méconnue.

OBSERVATION III

(Même source)

Epididymectomie

D..., commandant d'artillerie, à Douai, quarante-deux ans.

Vient me consulter en juillet 1901, pour une augmentation de volume de la masse testiculo-épididymaire du côté gauche. Il raconte que c'est à la suite d'une contusion du testicule par le pommeau de la selle qu'il a vu apparaître cette

lésion, depuis deux mois environ, sans douleurs trop notables.

La lésion est des plus caractéristiques ; on trouve dans l'épididyme trois noyaux bien nets dont le plus volumineux a la grosseur d'une noix. Légère sensibilité au niveau de ces noyaux qui tous sont fermes, non fluctuants. Le testicule est normal comme volume, régulier et de consistance normale.

Le cordon est un peu épaissi, le canal déférent un peu plus gros et un peu plus résistant que celui de l'autre côté.

Rien de net du côté de la prostate et des vésicules séminales.

Le malade n'a pas d'antécédents.

Opération le 28 juillet aux frères Saint-Jean-de-Dieu.

Anesthésie au chloroforme. Résection de l'épididyme ; le pourtour de l'épididyme étant circonscrit largement au bistouri, je commence la dissection par la partie postérieure ; lorsque j'arrive à la tête, après avoir sectionné les canaux efférents en les attaquant par la partie externe, je détache l'épididyme par traction afin de respecter l'artère spermatique, puis je fends la fibreuse commune et extirpe le canal déférent jusqu'au canal inguinal inclus.

Fermeture de la plaie avec petit drain.

Suites très simples.

Le malade depuis ce temps a toujours conservé une excellente santé, je le vois tous les ans.

Un des noyaux de l'épididyme était ramolli à son centre. les autres étant encore à l'état de crudité.

OBSERVATION IV

(Service de M. le Dr Marion)

Tuberculose chronique épididymo-testiculaire. — Epididymectomie et excision d'une petite portion adjacente du testicule.

E. K..., quarante-cinq ans, a constaté il y a six mois l'apparition dans son testicule gauche d'un noyau qui a augmenté progressivement.

Il y a un mois, il constate une fréquence plus grande des mictions qui revenaient toutes les demi-heures, se terminaient souvent par l'émission de quelques gouttes de sang, mais n'étaient pas douloureuses.

Actuellement, à la queue de l'épididyme gauche, on constate un noyau volumineux qui se continue avec une poche sous-cutanée fluctuante, adhérente à la peau et fistulisée. Au niveau de la tête se trouve un noyau dur. Le canal déférent est épaissi.

Au toucher rectal, la prostate est peu volumineuse. On sent un noyau près de l'orifice anal, et un autre en haut et à gauche. Les vésicules séminales ne sont pas sensibles ni perceptibles.

Le testicule droit est normal, pointe de hernie de ce côté.

Les urines sont claires.

Dans les antécédents, on relève des coliques de plomb, il y sept ou huit ans : une bronchite aiguë il y a un an, dont il n'est rien resté.

3 janvier. — On pratique l'épididymectomie gauche avec

ablation du cordon correspondant, et excision d'une petite partie malade du testicule avec suture de la vaginale.

Guérison rapide sans incident, est sortie le 18 février.

OBSERVATION V (Personnelle)

(Service de M. Marion.)

Tuberculose génitale. — Epididymectomie double avec résection d'une partie adjacente du testicule d'un côté. — Guérison.

E. L..., garçon d'hôtel, vingt ans.

Le malade entre à l'hôpital le 18 janvier 1908 parce que son testicule gauche a augmenté de volume ces deux derniers mois. Cependant actuellement il est moins gros qu'il n'a été. Seules, une légère tuméfaction et une légère douleur persistent.

Le malade a constaté il y a trois mois l'existence d'un écoulement blanchâtre par l'urèthre, écoulement de nature inconnue, qui traité par le permanganate a disparu en trois semaines, et qui actuellement est impossible à déceler.

A l'examen à droite, le scrotum, normal à sa partie antérieure, présente à sa partie postérieure une petite cicatrice déprimée. La vaginale ne renferme aucun liquide. Enfin on sent des noyaux durs, arrondis, irréguliers, occupant le corps de l'épididyme. Le testicule lisse, arrondi, ne présente aucune lésion.

A gauche, le scrotnm et la vaginale sont sains. Le testicule

quoique plus gros qu'à droite semble sain, mais l'épididyme est gros et bosselé.

Par le toucher rectal, on trouve le lobe droit prostatique un peu hypertrophié et induré. On sent deux noyaux. Le lobe gauche est aussi bien qu'à un moindre degré, hypertrophié et induré. La vésicule droite est très grosse.

Dans les antécédents du malade on trouve une blennorragie il y a deux ans.

Rien dans les antécédents héréditaires. Lui-même est très bien portant, au point de vue de l'état général. La fistule qu'il présente au testicule droit date d'un an. Elle est consécutive à une incision faite à ce niveau.

Opération le 18 janvier.

A droite, résection de l'épididyme. A gauche, résection de l'épididymé et dans la partie adjacente d'Highmore.

Il est resté consécutivement à l'opération une petite fistule à la partie antérieure du scrotum à gauche. Cette fistule est actuellement fermée, et le malade ne se plaint plus de rien.

La prostate conserve encore un noyau du côté droit. La puissance génitale est conservée.

OBSERVATION VI

(Service de M. le Dr Marion.)

Double épididymectomie pour lésions tuberculeuses suppurées

F.., P.. vingt-sept ans. Entre à l'hôpital le 2 juin 1908, pour des fistules du scrotum.

En septembre 1906, il a vu son testicule gauche augmen-

ter de volume en l'espace de deux mois ; il s'est alors formé un abcès qui s'est ouvert spontanément, laissant une fistule à sa suite. En décembre, nouvel abcès, traité par incision et cautérisation au thermocautère.

Il reste une fistule qui continue à suinter jusqu'en juillet 1907, moment auquel elle se ferme.

En octobre, pour la troisième fois, et toujours du côté gauche, il se forme un abcès donnant lieu à une nouvelle fistule.

En mars 1908, il présente une adénite inguinale suppurée à gauche, qui est incisée à l'hospice de Bicêtre ; puis la suppuration de son scrotum ne tarissant pas, il entre à Lariboisière, salle Civiale.

A l'inspection, on remarque que le scrotum présente une coloration rougeâtre. A la face antérieure, on voit, sur la ligne médiane, un sillon profond, surtout à la base de la verge. A ce niveau, se trouve l'orifice d'une fistule qui se présente suivant une fente longitudinale de 1 centimètre environ. En écartant les lèvres de cet orifice, on aperçoit une petite ulcération rougeâtre au centre, blanchâtre à la périphérie.

En arrière, à la partie médiane, se trouvent deux orifices développés dans le sens horizontal et superposés l'un à l'autre, qui donnent issue à un pus blanchâtre.

A la palpation, le testicule gauche se distingue difficilement de l'épididyme ; celui-ci est dur et volumineux, mais non douloureux.

Le testicule droit est un peu douloureux à la pression, mais semble de consistance normale. L'épididyme est gros.

Les canaux déférents sont gros et durs.

La protaste est grosse, régulière, de consistance égale et non douloureuse.

L'état général est bon. Rien du côté de l'appareil respiratoire.

Le malade a eu une fièvre typhoïde à douze ans.

Ni écoulement, ni chancre.

Pas d'antécédents bacillaires.

Le malade est opéré le 4 juin. On pratique l'épididymectomie des deux côtés avec résection élevée des canaux déférents.

Les testicules ne présentent pas de lésions bacillaires.

OBSERVATION VII

(Service de M. le Dr Marion.)

M. S..., trente-trois ans, artiste peintre.

Le malade a présenté en 1903 un abcès de l'épididyme du côté gauche qui a été traité à Lariboisière par l'incision et le curetage.

Trois mois après, le côté droit se prenait à son tour, et on pratiqua la castration de ce côté.

Il rentre à Lariboisière, service du Dr Marion, le 17 mars 1908. Un nouvel abcès s'est développé du côté gauche à la partie externe et supérieure du scrotum. La peau est rouge et amincie en ce point ; il y a de la fluctuation. La lésion semble occuper l'épididyme et la partie adjacente du testicule ; le reste de la glande conserve sa souplesse normale.

La prostate et les vésicules semblent peu touchées.

L'état général du malade est bon ; il ne présente pas de lésions pulmonaires.

Pas d'antécédents personnels ou familiaux, rappelant la bacillose.

Une blennorragie il y a huit ans.

19 mars. — L'abcès est incisé ; on abrase à la curette les matières caséeuses qui s'y trouvent ; les parois sont cautérisées au thermocautère.

Le malade quitte l'hôpital le 20 avril ; la plaie est presque fermée.

On revoit le malade le 1er juillet. Il reste une fistule insignifiante, mais le testicule est douloureux.

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de M. Dujarrier. Hôpital Cochin-Annexe)

Bacillose orchi-épididymaire. — Ouverture des abcès, curettage et cautérisation.

A... D...

A gauche, la queue de l'épididyme forme une large plaque indurée dans laquelle on sent le canal déférent, très dilaté, s'aboucher.

A droite, testicule gros et douloureux. L'épididyme est pris.

Abcès superficiels au nombre de trois, tendant à s'ouvrir.

Il y a des craquements secs aux deux sommets.

Opération le 8 avril. — Rachistovaïnisation.

On ouvre au bistouri les abcès superficiels. On vide à gauche un abcès intra-testiculaire. Cautérisation profonde au thermo. On enlève à droite, à la curette un gros foyer ramolli intéressant le testicule et l'épididyme.

Tamponnement de la large plaie à la gaze iodoformée.

Le malade quitte l'hôpital en bonne voie de guérison.

OBSERVATION IX

(Service de M. le Dr Marion.)

Abcès bacillaire épididymo-testiculaire. — Grattage et cautérisation.

Th. V..., mécanicien, trente ans.

L'affection a débuté en février 1908 par une grosseur intéressant la tête de l'épididyme du côté droit. Cette grosseur a augmenté rapidement de volume et a donné lieu à un abcès qui s'est ouvert spontanément le 27 mars. Le malade entre le même jour à Lariboisière, salle Civiale.

L'orifice de l'abcès occupe la face externe du scrotum. La peau adjacente est rouge et amincie. La cavité intéresse l'épididyme et le testicule lui-même.

Le canal déférent est dur.

La prostate et les vésicules semblent normales.

Pas d'antécédents bacillaires, soit personnels soit familiaux.

Pas de lésions pulmonaires.

Opération le 31 mars. — Curetage de la cavité suivi de thermocautérisation. Cicatrisation rapide ; le malade quitte l'hôpital le 15 avril.

Il est revu le 3 juillet. Il ne reste qu'une fistule superficielle qui est cautérisée au nitrate d'argent.

OBSERVATION X

(Vallas. — *In* thèse Javelly.)

Tuberculose aiguë des deux testicules. — Incision des abcès, fongus et élimination des deux testicules.

La maladie débute brusquement, à la suite, dit le malade, d'un violent effort. Le lendemain il est obligé de garder le lit et, dans la nuit suivante, des douleurs apparaissent au niveau de la région scrotale, intolérables, avec irradiations dans tout l'hypogastre et jusque dans la région lombaire.

L'état général est atteint. Vomissements bilieux.

A l'examen le scrotum est rouge, douloureux à la pression. Le testicule droit forme une masse dure, bosselée ; le cordon est dur, en tuyau de pipe. Du côté gauche, un épanchement vaginal abondant empêche de sentir le testicule sous-jacent.

Température, 40°3.

Toucher rectal négatif.

Trois jours après son entrée dans le service apparut à droite une tuméfaction blanchâtre, fluctuante, circonscrite par une zone rouge d'inflammation œdémateuse, bref, un abcès pointait sur la partie inférieure du scrotum.

En présence d'une suppuration aussi rapide, le doute n'était plus permis, il s'agissait d'une tuberculose aiguë des deux testicules.

Après incision de l'abcès, une fois la cuillerée de pus qu'il

contenait évacuée, le feuillet viscéral de la vaginale qui en formait la partie postérieure, nous apparaît parsemé de granulations tuberculeuses typiques, indices d'une vaginalite tuberculeuse non pas primitive, mais consécutive à l'infection de l'épididyme.

Deux jours après l'incision de la collection, l'ouverture faite au bistouri s'était notablement agrandie et au fond de la plaie, le testicule tendait à faire hernie au niveau des bourses, il y avait formation d'un fongus tuberculeux.

Huit jours après, le testicule, après s'être expulsé en totalité hors des bourses, s'est nécrosé, probablement par l'oblitération de ses vaisseaux nourriciers. Un coup de ciseaux a suffi pour le détacher complètement. A gauche, un abcès s'est formé nécessitant une incision qui s'est agrandie notablement : le testicule tend à faire hernie, mais le feuillet viscéral de la vaginale, l'albuginée et la substance glandulaire ont participé à la formation de l'abcès, si bien que par l'ouverture s'éliminent des filaments au milieu desquels se trouvent des tubes testiculaires.

OBSERVATION XI

(Service du Dr Marion.)

Orchite tuberculeuse aiguë. — Castration. — Guérison.

P. S..., quarante et un ans, boulanger.

Pas d'antécédents héréditaires.

Fluxion de poitrine il y a six ans.

Blennorragie il y a quatre ans.

Il a commencé à tousser il y a deux ans, et en même temps a constaté de l'amaigrissement. Il a été pour cela traité à Lariboisière par des pointes de feu dont il porte les cicatrices aux deux sommets. Depuis, sa toux a cessé et il a engraissé.

Il entre à l'hôpital le 17 mars pour une tuméfaction du testicule gauche qui s'est produite en deux ou trois jours, en même temps qu'une douleur assez intense s'est établie.

On voit à l'inspection que le scrotum est le siège d'une rougeur diffuse et que la peau est lisse et tendue.

La palpation, très douloureuse, permet de sentir que le testicule est gros, atteignant le volume d'un œuf. L'épididyme, très augmenté de volume lui aussi coiffe en cimier de casque le testicule. La tuméfaction est régulière, sans bosselures. Il y a un certain degré d'hydrocèle.

Le toucher rectal montre les vésicules séminales et la prostate absolument indemnes.

Pas de signes généraux marqués. Rien à l'auscultation.

En l'absence de tout écoulement urétral, on fait le diagnostic d'orchite tuberculeuse aiguë, mais dans l'espoir d'une résolution et les symptômes aigus du début étant un peu atténués, on se contente d'un traitement médical et on envoie le malade à Vincennes.

Il rentre à l'hôpital le 20 mai. La résolution ne s'est pas faite ; même état local que précédemment. La prostate et les vésicules sont toujours indemnes.

M. Marion décide alors de pratiquer la castration.

Opération le 26 mai ; procédé habituel. Ligature et section du cordon dans le trajet inguinal.

Cicatrisation rapide et sortie le 10 juin.

La vaginale présentait des granulations. Le testicule en était rempli. Quant à l'épididyme, il était gros et congestionné, mais ne présentait pas de lésions bacillaires.

CONCLUSIONS

1° Dans les cas où des lésions tuberculeuses sont localisées à l'épididyme ou semblent telles à l'examen clinique, il est indiqué de pratiquer l'épididymectomie.

Si au cours de l'intervention, le testicule se montre partiellement envahi au voisinage de l'épididyme, on fera la résection des parties malades.

L'opération sera complétée par la résection du canal déférent.

Les lésions prostatiques et vésiculaires ne contre-indiquent pas l'opération.

2° Si l'examen clinique montre que le testicule est notablement envahi, il faudra s'abstenir de tout traitement radical et mettre en œuvre les traitements suivants :

a) Si les lésions ne sont pas supprimées, le traitement général ;

b) Si les lésions sont supprimées et suivant les cas la ponction suivie d'injections modificatrices. ou bien l'incision large, le curettage et la cautérisation, au moyens des agents chimiques et du thermo-cautère ;

3° La castration ne sera pratiquée qu'après l'échec

des méthodes précédentes, pour mettre fin à des suppurations interminables retentissant sur l'état général ;

4° La castration sera encore pratiquée dans le cas de tuberculose aiguë du testicule ;

5° Dans tous les cas, le traitement général devra être institué.

Vu : le président de la thèse,
SEGOND

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Bayle. — Journal de Corvisart, 1805.

Cooper (A.). — Traité des maladies du testicule, 1830.

Bérard. — Des divers engorgements du testicule, 1843.

Malgaigne. — Bulletin thérapeutique, 1851. Communication à l'Académie de Médecine.

Dufour. — Thèse de Paris, 1854.

Duplay. — Deux observations de tuberculose galopante du testicule. Union médicale, 1860.

Verneuil. — Communication sur la cautérisation ignée, 1871. Bulletin Soc. anat. — Gazette des hôpitaux, 1882. — Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques, avril 1883.

Auboin. — Thèse de Paris, 1873.

Reclus (P.). — Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse. Thèse de Paris, 1876.

Gibier. — Orchite tuberculeuse. Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1880.

Nélaton. — Le tubercule dans les affections chirurgicales. Th. d'agrégation, 1883.

Cayla. — Th. de Paris, 1887.

Bardenhauer. — Mittheilungen aus dem Kolner Burgers hospital, 1887.

Faure. — Orchite tuberculeuse à marche rapide. Bull. Soc. anat. Paris, 1888.

Villeneuve. — Tuberculose du testicule. Epididymectomie. Marseille médical, 1890, et communication pour l'avancement des sciences. Marseille, 1891.

Coudray. — Idem.

Reboul. — Idem.

Monod et *Terrillon*. — Traité des maladies du testicule, 1889.

Verneuil. — Congrès de Chirurgie, 1889.

Swatz. — Idem.

Monod. — Idem.

Terrillon. — Idem.

Vallas. — Tuberculose aiguë du testicule. Province médicale. Lyon, 1891.

Terrillon. — Castration hâtive pour la tuberculose du testicule. Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie. Paris, 1891.

Euvrard. — Thèse de Paris, 1894.

Lejars. — Traitement de la tuberculose testiculaire. Leçons de Chirurgie, 1895.

Quénu. — Traitement opératoire de la tuberculose du testicule. Gazette médicale de Paris, 1896, p. 225.

— Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, 1896.

Tillaux. — Traitement chirurgical de la tuberculose du testicule. Bulletin médical de Paris, 1896, p. 533.

Chevrolle. — Thèse de Paris, 1896.

Audebal. — Thèse de Paris, 1898.

Baudet et *Rendirdjy*. — De l'ablation totale des voies génitales. Gazette des hôpitaux, 1898.

Baudet. — Traitement de la tuberculose testiculaire par la castration précoce et l'ablation totale des voies génitales. Journal de médecine de Bordeaux, 1900, p. 125-129.

Delore. — De l'orchidotomie ; incision exploratrice et épididymectomie dans la tuberculose du testicule. Gazette hebdomadaire de Paris, 1898, p. 553-556.

Berger. — Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 1899. Discussion sur le traitement de la tuberculose testiculaire.

Reynier. — Idem.

Reclus. — Idem.
Delbet. — Idem.
Bazy. — Idem.
Tuffier. — Idem.
Poirier. — Idem.
Routier. — Idem.
Quénu. — Idem.
Schwartz. — Idem.
Ropers. — Thèse de Bordeaux, 1900.
Jeanbrau. — Epididymite tuberculeuse à marche rapide avec vaginalité purulente. Nouveau Montpellier médical, 1900.
Bigouin. — Tuberculisation galopante des testicules. Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux, 1903.
Javelly. — Contribution à l'étude de la tuberculose galopante du testicule. Th. de Bordeaux, 1904.
Marion. — Manuel de technique chirurgicale. Edition 1907.
Duplay et *Reclus*. — Traité de Chirurgie.

Imp. de la Faculté de médecine, Henri Jouve, 15, rue Racine, Paris.